Risque infectieux dans les établissements : SSR SLD, MAS, FAM et EHPAD

Dr Noureddine Loukili
CHRU de Lille

Conflit d'intérêt : aucun

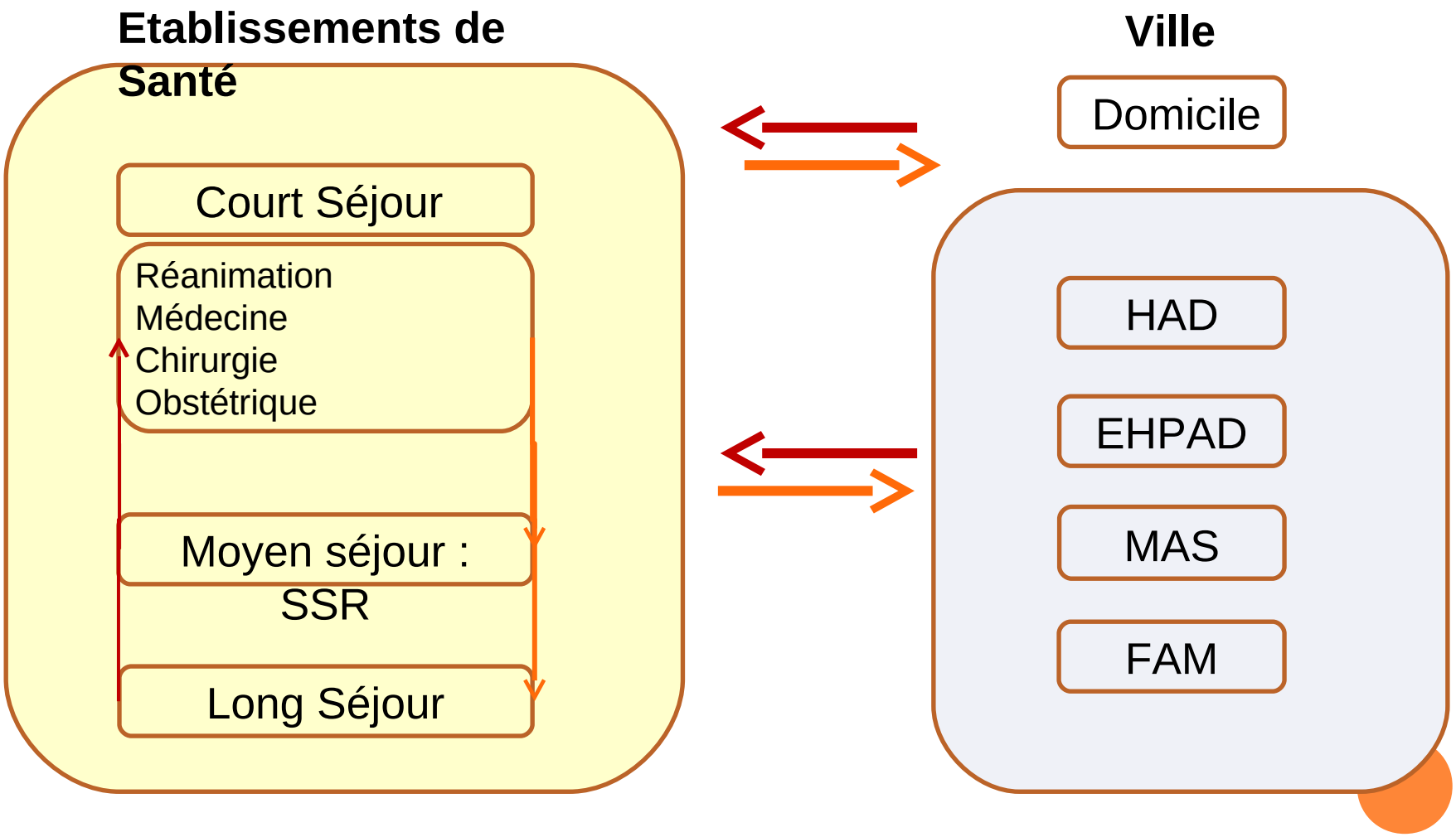
Evaluation du Risque infectieux

- Sources :
  - Enquêtes :
    - Prévalence 2006/2012
    - Priam 1 et 2
    - HALT
    - Grephh (Etude Nationale MAS-FAM)
    - …
  - Littérature
  - Retours d’expérience

Prévention du risque infectieux

- Sources :
  - Recommandations : nationales et internationales
  - Réglementation
  - Circulaire 2012 : (MAS, FAM, EHPAD)
  - Procédures intra-établissement
  - Propias 2015 (Programme national de la prévention des infections associées aux soins)
  - …

Evaluation du Risque infectieux
Parcours patients/ résidents



Evaluation du Risque infectieux
Enquête Nationale de prévalence 2012

TABLEAU 3 : PAR TYPE DE SEJOUR

Type de séjour	Patients		Infectés		Infections	
	N	PR (%)	N	Prév. (%)	N	Prév. (%)
Court séjour	163 104	54,3	9 103	5,6	9 778	6,0
- médecine	*88 567*	*29,5*	*4 769*	*5,4*	*5 100*	5,8
- chirurgie	*48 799*	*16,2*	*2 717*	*5,6*	*2 859*	5,9
- obstétrique	*19 404*	*6,5*	*147*	*0,8*	*150*	0,8
- réanimation	*6 334*	*2,1*	*1 470*	*23,2*	*1 669*	26,3
SSR	70 750	23,6	4 637	6,6	4 774	6,7
SLD	25 397	8,5	1 019	4,0	1 047	4,1
Psychiatrie	41 079	13,7	421	1,0	425	1,0
Total	**300 330**	**100,0**	**15 180**	**5,1**	**16 024**	**5,3**

Evaluation du Risque infectieux ENP-2012

FIGURE 2 : PAR SITE INFECTIEUX

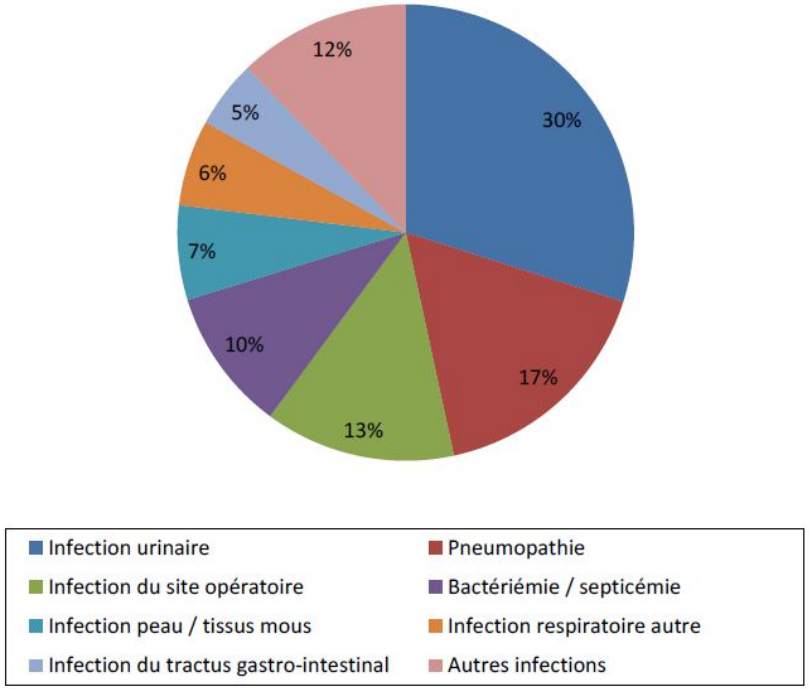
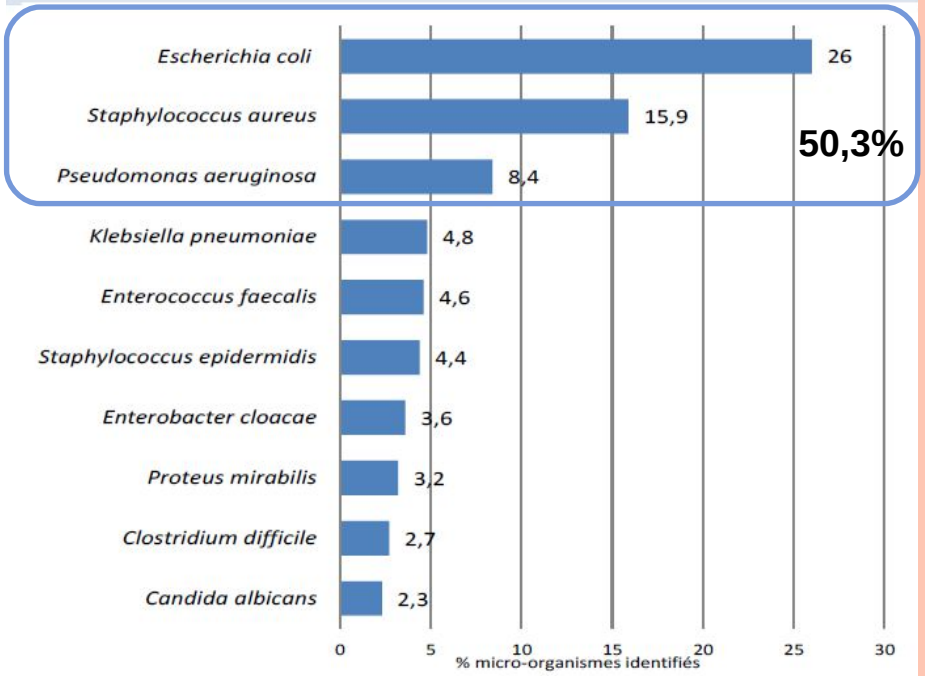


FIGURE 3 : LES 10 MICRO-ORGANISMES LES PLUS FREQUEMMENTS RAPPORTES



Evaluation du Risque infectieux ENP-2012

TABLEAU 6 : RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES POUR CERTAINS MICRO-ORGANISMES

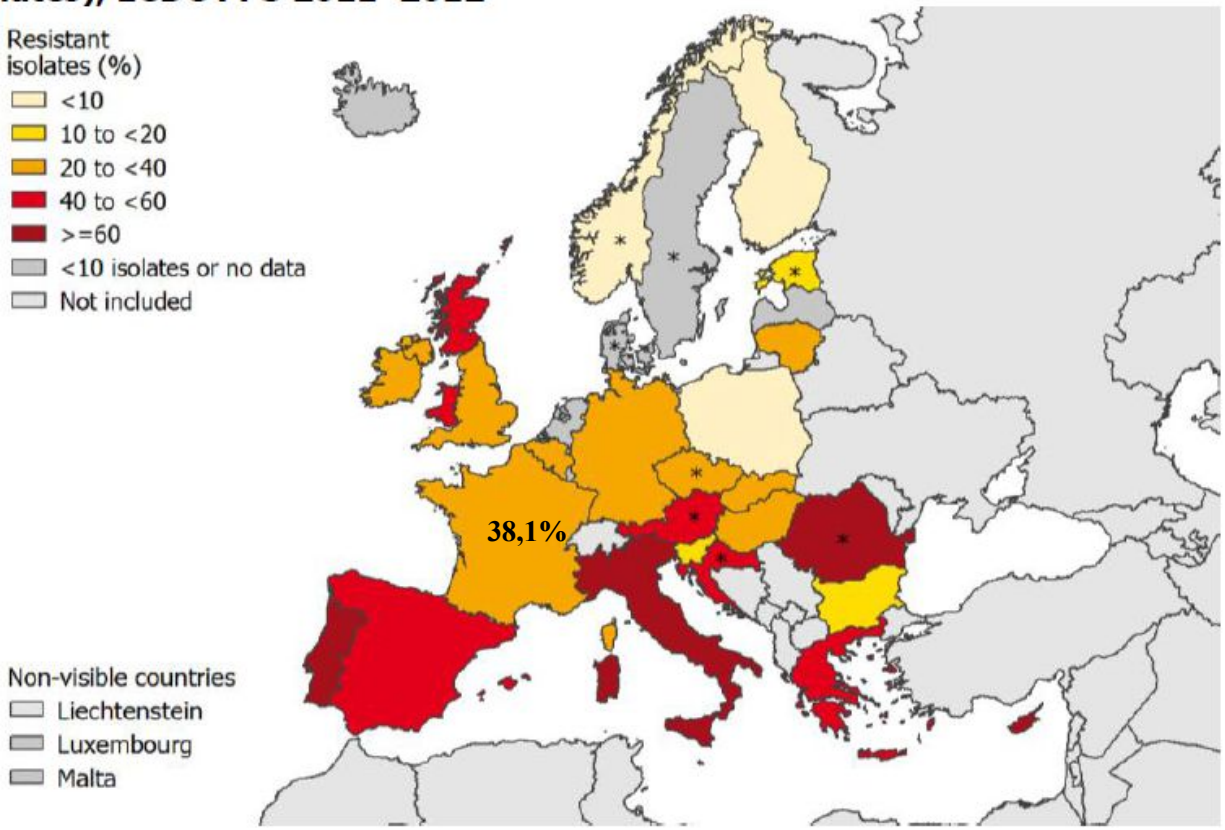
Micro-organisme - Antibiotique	Isolés	Testés	% NS
Cocci Gram Positif			
Staphylococcus aureus – Méticilline	1 997	1 802	38,1
Entérocoques – Glycopeptides			
Enterococcus faecalis	577	510	0,6
Enterococcus faecium	130	122	4,1
Entérobactéries – C3G	5 709*	4 904*	23,0
Escherichia coli	3 265	2 817	17,6
Klebsiella pneumoniae	599	528	37,7
Enterobacter spp.	601	539	50,5
Entérobactéries productrices de BLSE	5 709*	4 904*	13,6
Escherichia coli	3 265	2 817	11,0
Klebsiella pneumoniae	599	528	31,6
Enterobacter spp.	601	539	23,2
Entérobactéries – Carbapénèmes	5 709*	4 904*	1,5
Escherichia coli	3 265	2 817	1,4
Klebsiella pneumoniae	599	528	2,3
Enterobacter spp.	601	539	2,0

NS=non sensible (Résistant + Intermédiaire) ; C3G : Céphalosporine de 3e génération, BLSE : Bétalactamase à spectre étendu

(*) Le total des entérobactéries est supérieur à la somme de celles détaillées

Evaluation du Risque infectieux
Enquête européenne de prévalence 2012
SARM

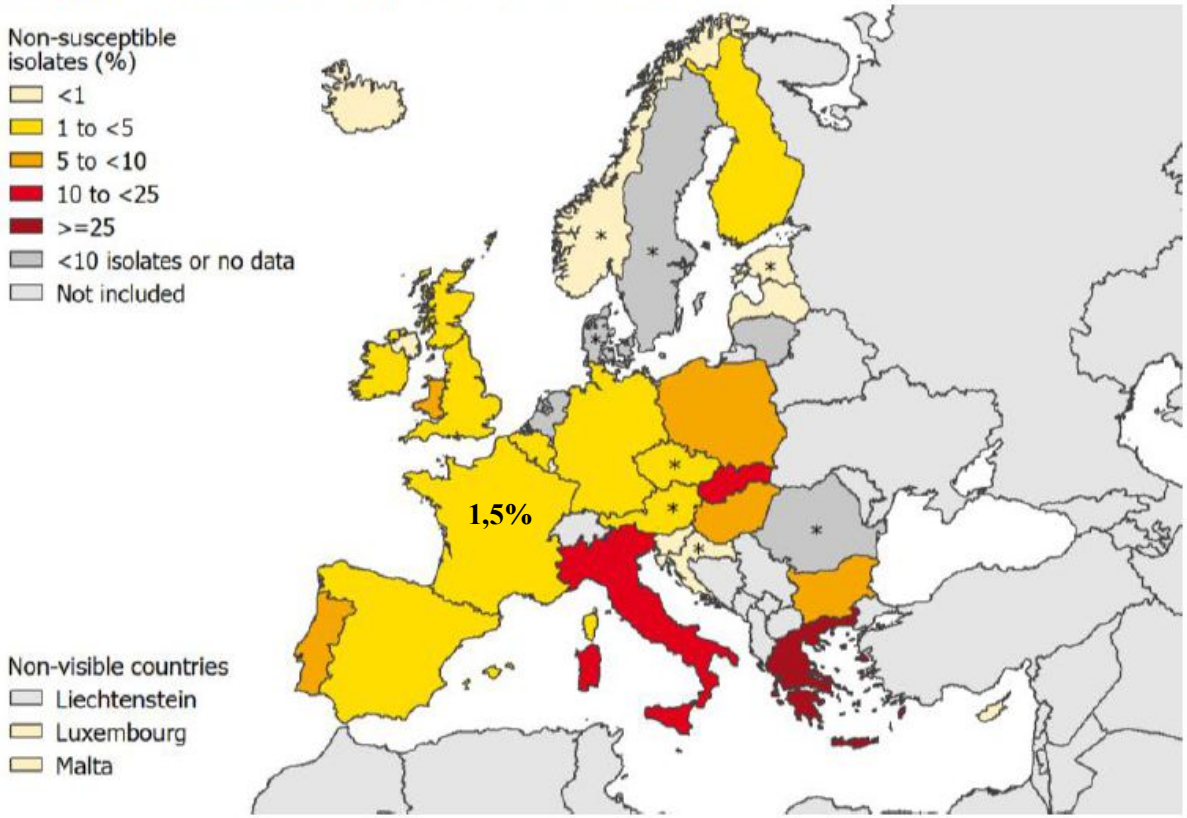
Figure 45. Percentage of meticillin-resistant *S. aureus* isolates from HAIs, by country (n=1071 isolates), ECDC PPS 2011–2012



Countries with <10 isolates with known antimicrobial susceptibility results not shown. The Netherlands: only resistant isolates reported in national protocol, n of reported MRSA isolates: 0/47 S.aureus isolates.
**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

Evaluation du Risque infectieux
Enquête européenne de prévalence 2012
Entérobactéries carbapénèmes R

Figure 47. Percentage of Enterobacteriaceae isolates from HAIs non-susceptible to carbapenems, by country (n=2787 isolates), ECDC PPS 2011–2012

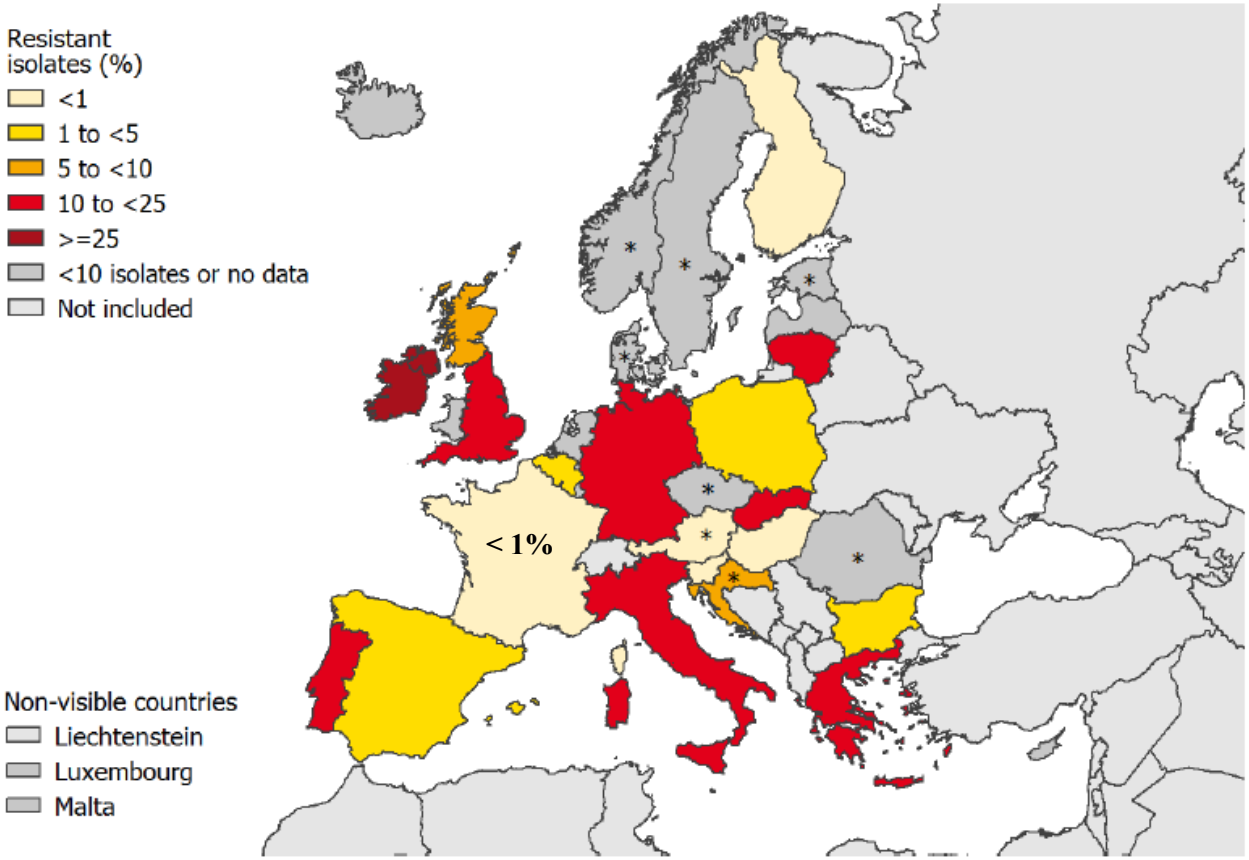


Countries with <10 isolates with known antimicrobial susceptibility results not shown. The Netherlands: only resistant isolates reported (n of carbapenem-R isolates: 0/142 Enterobacteriaceae isolates); Lithuania was excluded because no carbapenem susceptibility data provided for Enterobacteriaceae other than K. pneumoniae.

**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden*

Evaluation du Risque infectieux
Enquête européenne de prévalence 2012
ERG

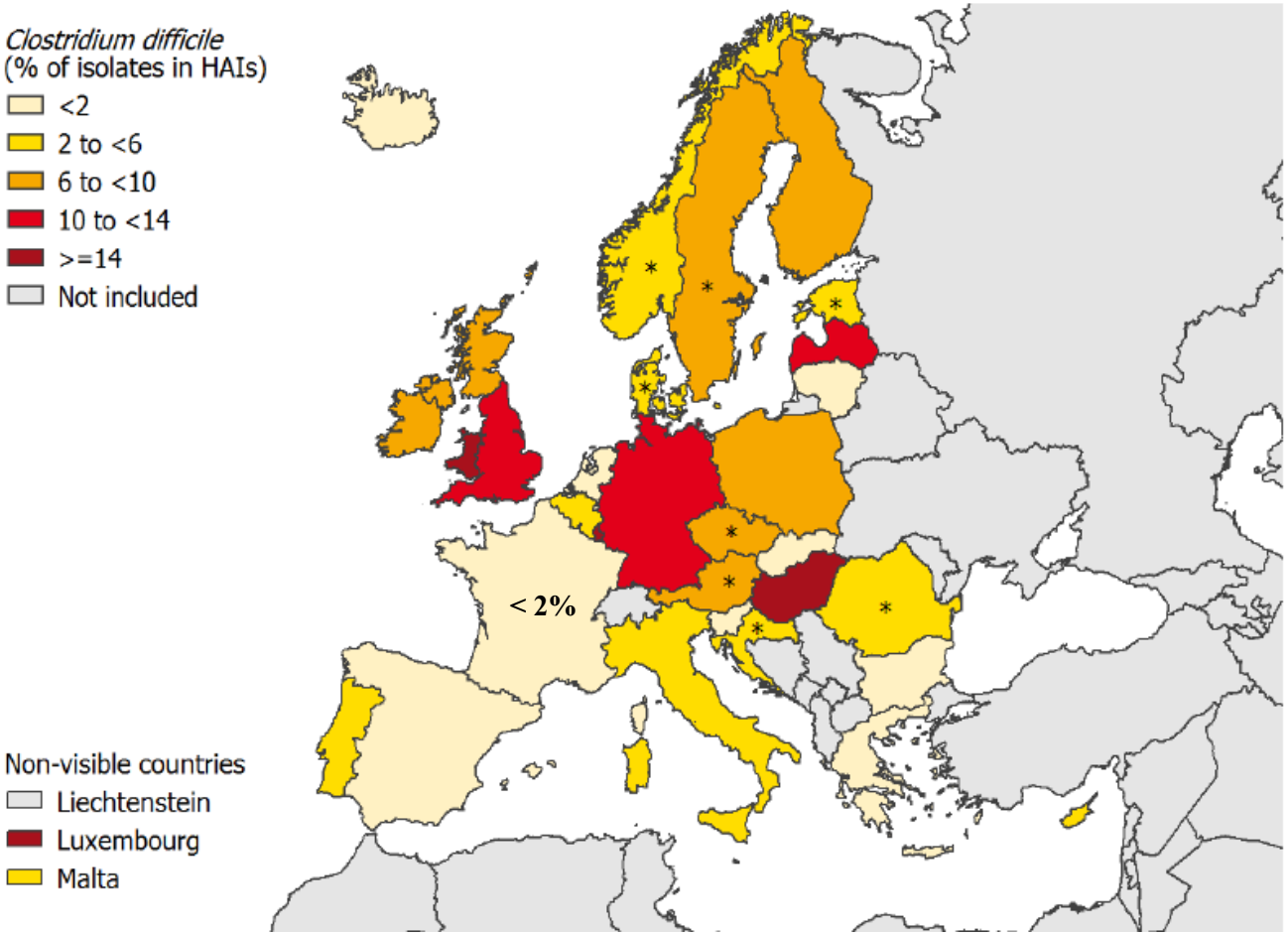
Figure 53. Percentage of glycopeptide-resistant *Enterococcus* spp. (VRE) isolated from HAIs, by country (n=755 isolates), ECDC PPS 2011–2012



Countries with <10 isolates with known antimicrobial susceptibility results not shown.
**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

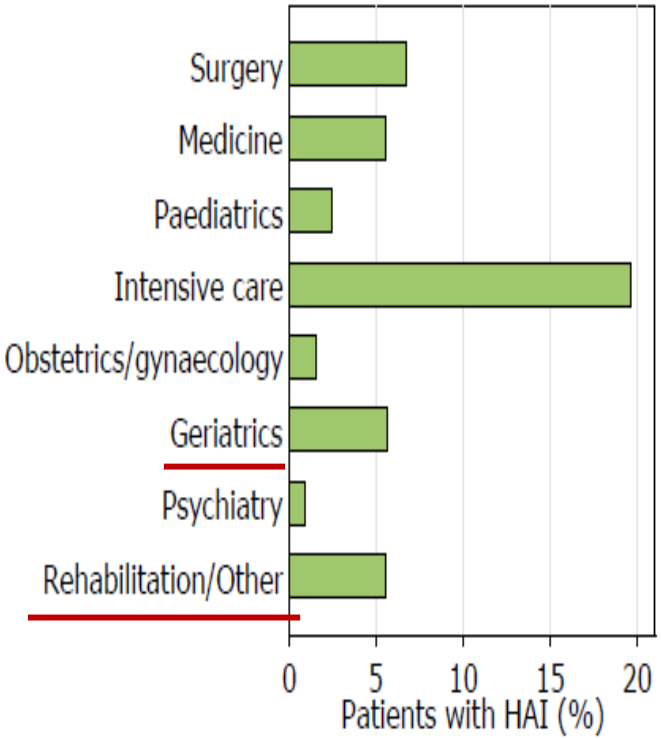
Evaluation du Risque infectieux
Enquête européenne de prévalence 2012
Clostridium difficile

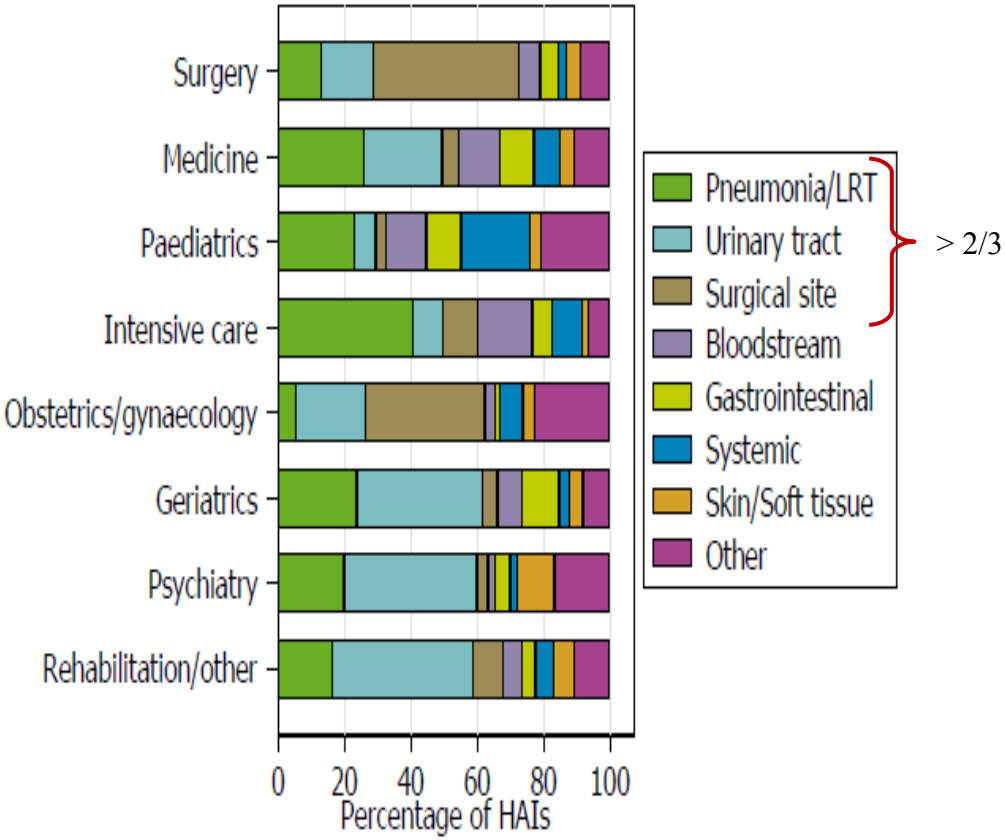
Figure 42. Relative frequency of *Clostridium difficile* as a percentage of all microorganisms reported for HAIs, by country (n=548 isolates), ECDC PPS 2011–2012



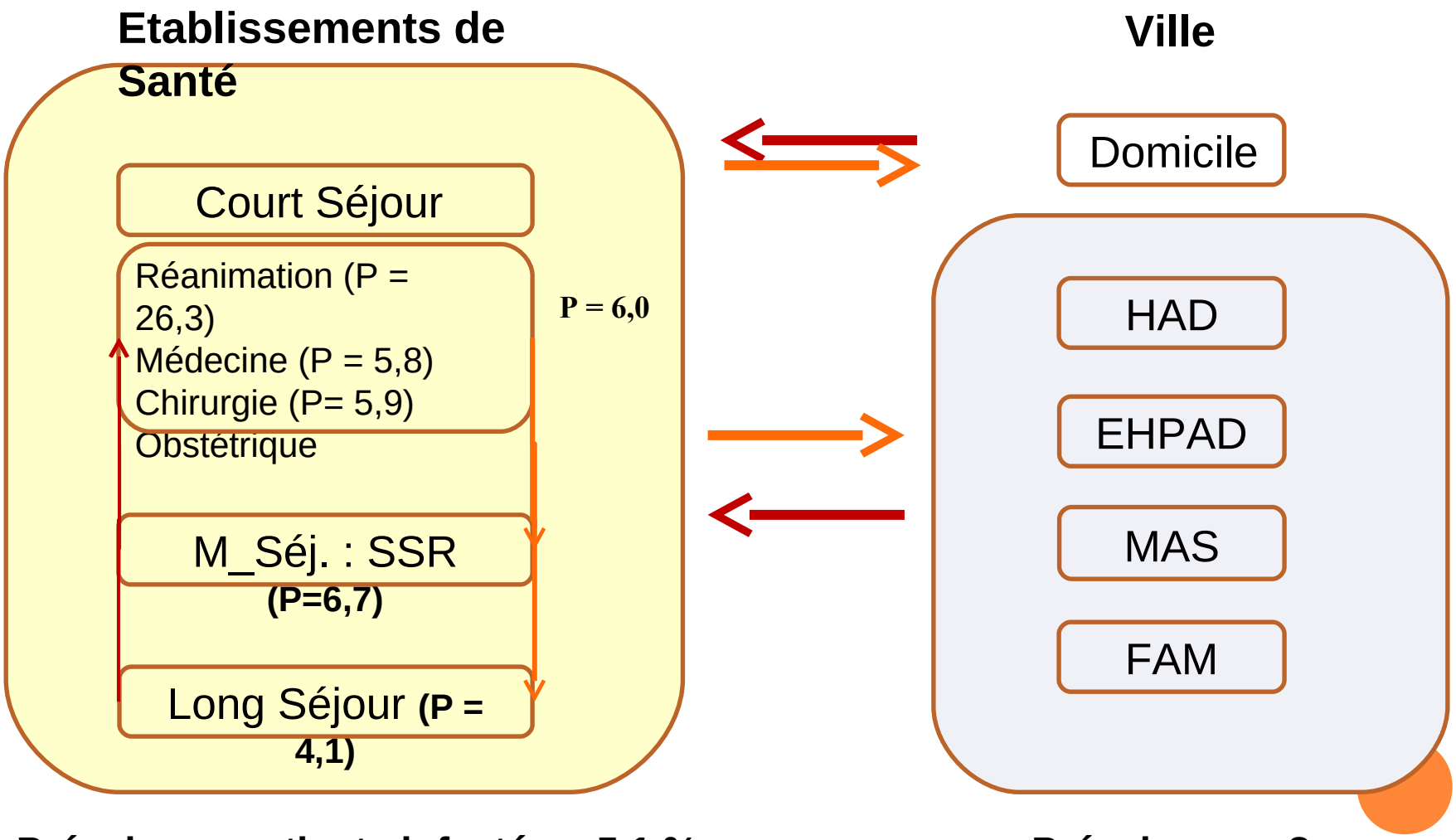
Evaluation du Risque infectieux
Enquête européenne de prévalence 2012

Figure 25. Prevalence of HAI (percentage of patients with an HAI) (left) and distribution of HAI types (right) by patient/consultant specialty, n=231 459 patients, ECDC PPS 2011–2012





Evaluation du Risque infectieux
Enquête de prévalence



Prévalence patients infectés = 5,1 %
ENP 2012

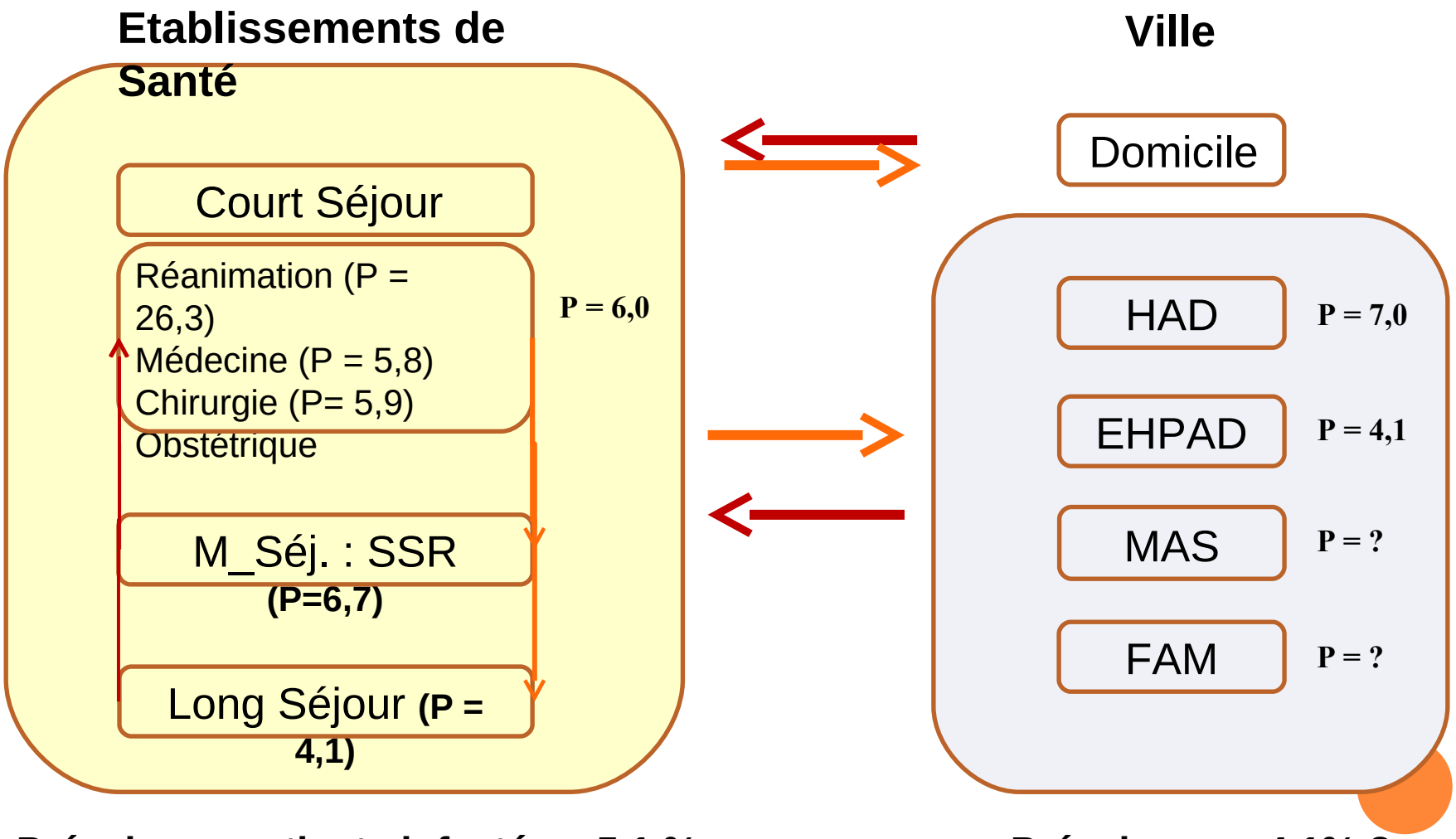
Prévalence = ?

Evaluation du Risque infectieux
Enquêtes de prévalence hors établissement de santé

	Prévalence infectés	Prévalence Infections	Localisation des infections
ENP SLD 2006 ENP SLD 2012 ENP HAD 2012*	5,3% 4,0% 6,8%	5,5% 4,1% 7%	1. Urinaire 2. Peau/tissus mous 3. Respiratoire 4. Oculaire
ORIG EHPAD 2006-2008 (PRIAM 2)		11,2%	1. Respiratoire 2. Urinaire 3. Peau/tissus mous 4. Digestif
EHPAD Drôme Ardèche 2008	5,9%	6%	1. Urinaire 2. Peau/tissus mous 3. Respiratoire 4. Oculaire
HALT (2010)	3,9%	4,1%	1. Peau/tissus mous 2. Urinaire 3. Respiratoire 4. Oculaire

ENP : enquête de prévalence
HALT (2010) : enquête de prévalence dans les EHPAD (65 établissement, 6510 places)
ORIG : Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie.

Evaluation du Risque infectieux
Enquête de prévalence



Prévalence patients infectés = 5,1 %
ENP 2012

Prévalence = 4,1% ?

Evaluation du Risque infectieux SSR

J Rehabil Med 2014; 46: 814–818

ORIGINAL REPORT

PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR HIGHLY RESISTANT MICROORGANISMS IN URINARY ISOLATES FROM NEWLY ADMITTED PATIENTS IN THE NATIONAL REHABILITATION CENTER, KOREA

Seung Bae Yoon, MD

From the Department of Internal Medicine, National Rehabilitation Center, Seoul, Korea

Objective: **To determine the prevalence of, and risk factors for, highly resistant microorganisms (HRMO) in urinary isolates from newly admitted patients in a rehabilitation hospital.**
Subjects: **A total of 906 patients transferred to a rehabilitation hospital from other hospitals.**
Methods: **A screening study was performed from June 2012 through May 2013. Urine samples were collected from transferred patients on admission day.**

Evaluation du Risque infectieux SSR

Table I. *Definition of highly resistant microorganisms (HRMO) used in this study* *

Organism	ESBL	IMI	LEV	AMK	CFT	PIP	TMP-SMZ	VAN	PEN	OXA
Escherichia coli	A	A	B	B						
Klebsiella species	A	A	B	B						
Other Enterobacteriaceae	A	A	B	B			B			
Acinetobacter species		A	B	B	B					
Pseudomonas species		C	C	C	C	C				
Stenotrophomonas maltophilia							A			
Enterococcus faecium								B	B	
Staphylococcus aureus										A
Streptococcus pneumoniae								A	A	

A: presence of ESBL production or resistance against this antibacterial agent is sufficient to define the HRMO; B and C: resistance against at least 2 and 3 of these antibacterial agents are required to define the HRMO, respectively.

ESBL: extended-spectrum beta-lactamase; IMI: imipenem; LEV: levofloxacin; AMK: amikacin; CFT: ceftazidime; PIP: piperacillin; TMP-SMZ: trimethoprim-sulfamethoxazole; VAN: vancomycin; PEN: penicillin; OXA: oxacillin.

S B Yoon, J Rehabil Medecine. 2014; 64 : 814-818

** : Dutsh Working Party on Infection Control 2005*

Evaluation du Risque infectieux SSR

Table III. *Bacterial strains of urinary isolates* (n = *422) and highly resistant microorganisms (HRMO)* (n = *150)*

Bacterial strains	Urinary isolates *n*	HRMO *n* (%)[a]
Gram-negative species	325	141 (43.4)
Enterobacteriaceae family	268	118 (44.0)
Escherichia coli	130	56 (43.1)
Klebsiella species	88	51 (58.0)
Other Enterobacteriaceae	50	13 (26.0)
Gram-negative non-fermentous	57	23 (40.4)
Acinetobacter species	31	16 (51.6)
Pseudomonas species	22	6 (27.3)
Stenotrophomonas maltophilia	4	1 (25.0)
Gram-positive species	97	9 (9.3)
Enterococcus species	65	5 (7.7)
Staphylococcus species	21	4 (19.0)
Streptococcus species	11	0 (0)
Total	422	150 (35.5)

[a]Percentage of HRMO among the cultured isolates of each strain.

S B Yoon, J Rehabil Medecine. 2014; 64 : 814-818

Evaluation du Risque infectieux SSR

Table IV. *Multivariate analysis for factors associated with highly resistant microorganisms (HRMO) in urine cultures*

	Among all admitted patients ($n=916$)		Among patients with bacteriuria ($n=413$)	
Factor	OR[a] (95% CI)	p-value	OR[b] (95% CI)	p-value
Age >60 years	1.9 (1.2–2.9)	0.003*	1.4 (0.9–2.3)	0.177
Female	2.3 (1.5–3.4)	<0.001*	1.1 (0.71–0.7)	0.725
Spinal cord injury	0.7 (0.5–1.5)	0.631	0.7 (0.4–1.3)	0.256
Hypertension	0.7 (0.5–1.1)	0.114	0.7 (0.4–1.2)	0.133
Diabetes	1.1 (0.7–1.7)	0.801	1.0 (0.5–1.5)	0.731
Surgery in the past year	1.6 (1.9–2.4)	0.019*	1.6 (1.0–2.6)	0.035*
Condom catheter	3.4 (1.6–7.6)	0.002*	1.4 (0.5–3.3)	0.514
Intermittent catheterization	2.8 (1.4–5.6)	0.004*	1.1 (0.5–2.4)	0.789
Indwelling catheter	5.4 (3.2–9.4)	<0.001*	1.9 (1.0–3.5)	0.042*

*$p<0.05$.

[a]148 patients with HRMO (case group) were compared with 768 patients without HRMO (control group).

[b]148 patients with HRMO (case group) were compared with 265 patients with non-HRMO (control group).

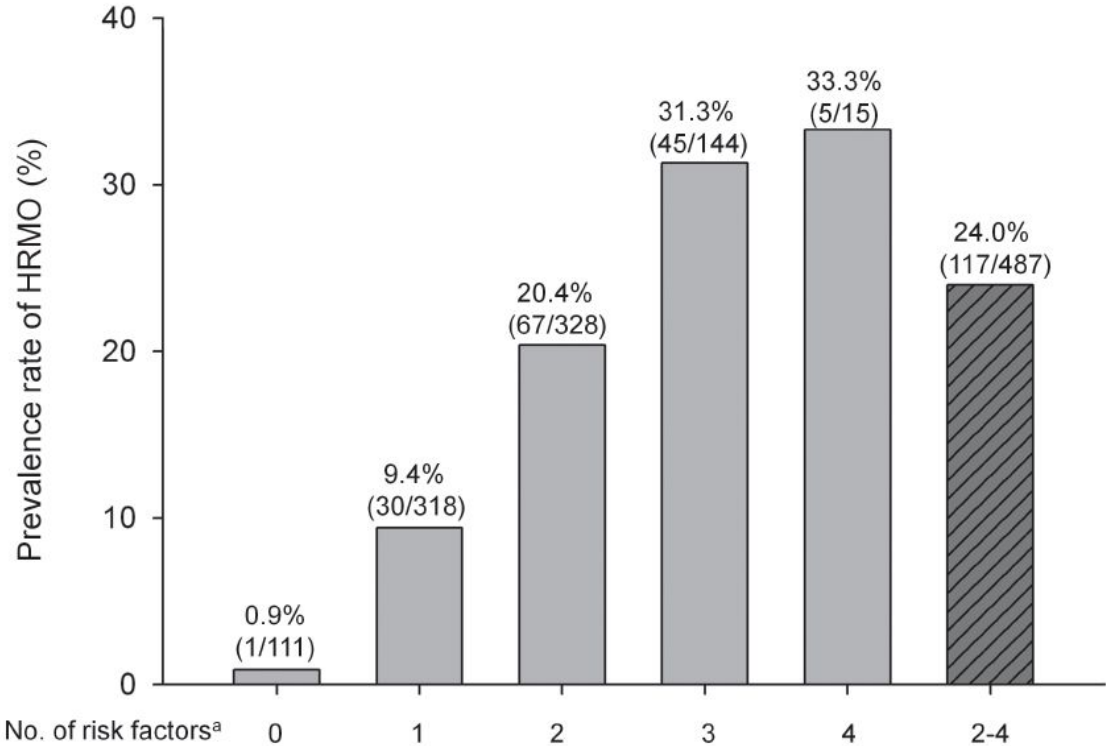
OR: odds ratio; 95% CI: 95% confidence interval.

S B Yoon, J Rehabil Medecine. 2014; 64 : 814-818

Evaluation du Risque infectieux SSR

Facteurs de risque

1. **Age > 60 ans**
2. **Sexe : F**
3. **Chirurgie < 1 an**
4. **KT urinaire**



OR[b]		3.3	5.6	6.4	4.1
95% CI		2.1-5.2	3.5-9.7	2.1-20.0	2.7-6.2

S B Yoon, J Rehabil Medecine. 2014; 64 : 814-818

Conclusion de l'étude

" In general, active surveillance for HRMO is recommended for selected patients, particularly in intensive care units (10).

Based on the results of this study, we recommend that **routine screening of urine culture should be performed in rehabilitation patients with 2 or more of the following risk factors**: age over 60 years, female sex, recent surgery, and use of urinary catheters.

In addition, further studies are needed to develop effective infection control programmes for reducing the transmission of HRMO among rehabilitation."

S B Yoon, J Rehabil Medecine. 2014; 64 : 814-818

Evaluation du Risque infectieux
MAS et FAM ?

ETUDE NATIONALE
FAM et MAS
Évaluation de l'organisation et des moyens mis en œuvre
pour la prévention des infections associées aux soins
sur un échantillon d'établissements

- **Période : 2013-2014**

- **Participation** : 30 FAM/894 et 30MAS/645
  - 1 FAM dans le Nord Pas de Calais

- **Méthode** :
  - Auto-évaluation portant sur 7 chapitres :
  - 1. moyens de prévention 2. gestion de l'environnement et circuits 3. gestion du matériel des soins 4. gestion des soins 5. vaccination contre les IRA 6. gestion du risque épidémique 7. AES

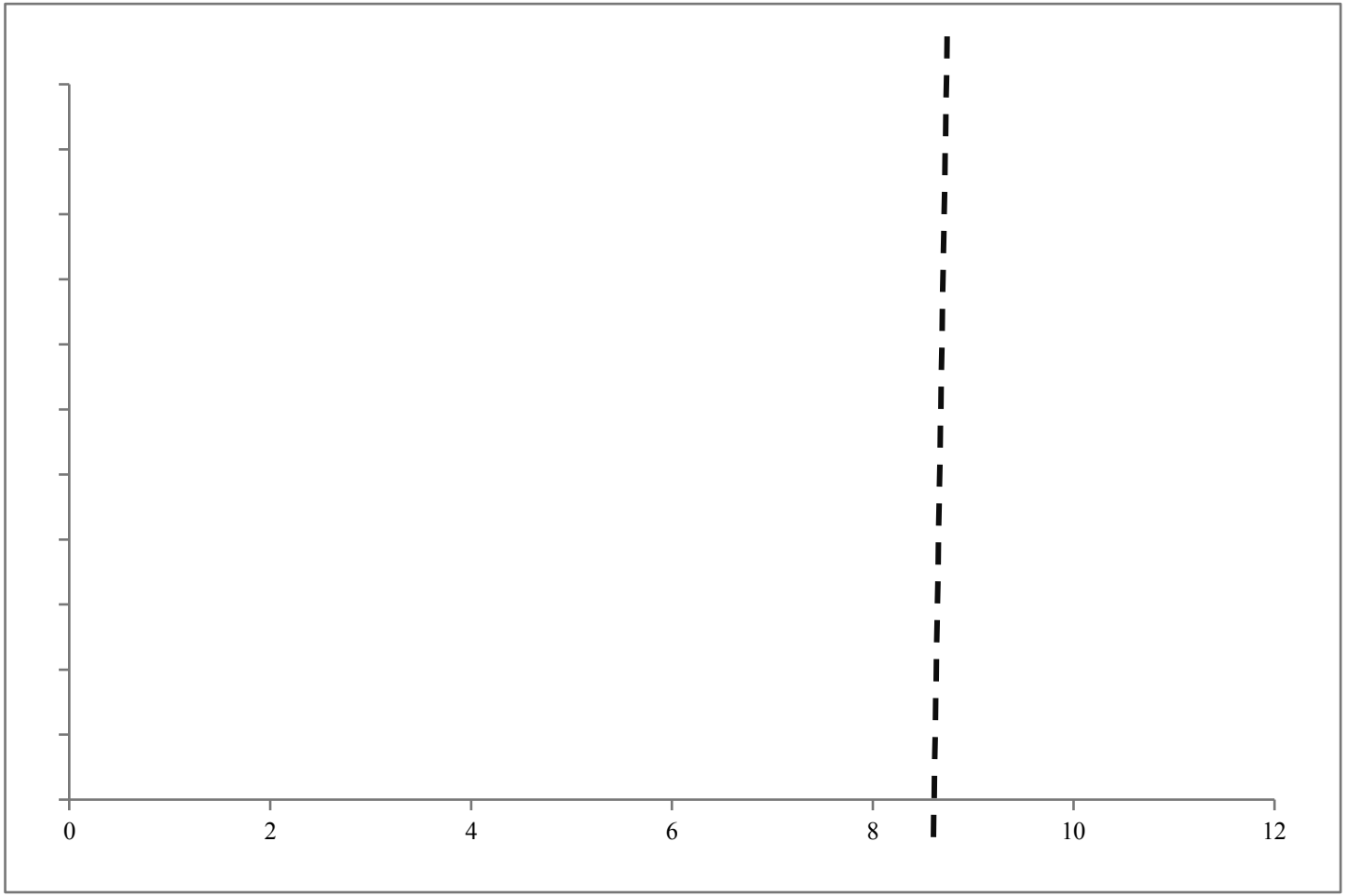
Circulaire 2012 : (MAS, FAM)

- Objectifs
  - promouvoir une démarche d'évaluation du risque infectieux au regard de la situation épidémiologique de chaque établissement
  - Apprécier le niveau de maitrise
  - Élaborer le programme d'action avec des indicateurs

Evaluation du Risque infectieux
Etude National FAM-MAS 2013-2014

Chap. 4 : Gestion des soins
% d'objectifs atteints

FAM
MAS



Evaluation du Risque infectieux
Etude National FAM-MAS 2013-2014

Résultats globaux

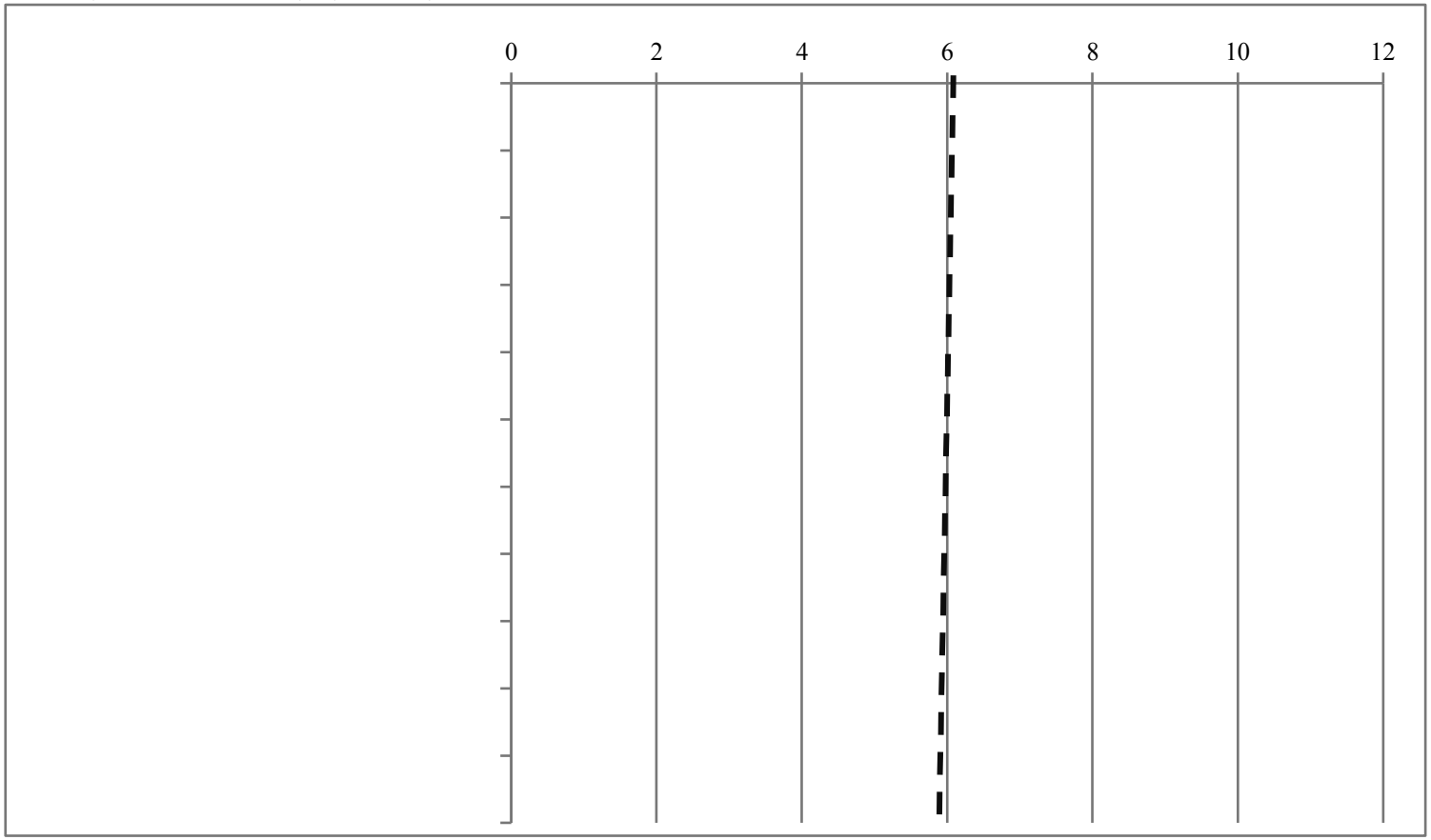
Score global et % d'objectifs atteints par chapitre

FAM

Score global 49,3 %
(2612 / 5 303) (N=30)

MAS

Score global : 55,1 %
(2973 / 5 393) (N=30)



En résumé

- Des pratiques efficientes
  - ES : moyens (humains et matériels)
  - Règlementaire : HACCP en cuisine
  - Savoir faire : entretien des locaux + PS (HM) + nutrition/ hygiène buccodentaire + vaccinations + réévaluation des ATB entre 48-72ème H (2/3 MAS)

- Axes d'amélioration
  - Points à améliorer
    - introduction des procédures (hygiène du matériel de soins, distribution des médicaments, thermomètres…),
    - CAT (gale, IRA, GEA, faire face à une suspicion de tuberculose…),
    - Environnement (déchets, prélèvements d'eau…)
    - Formation (AES…)
    - Port d'EPI : meilleur port du masque en cas de rhume… *transmission ?*
  - Pratiques : antisepsie, PS pour manipulation du linge sale, usage de l'eau de javel (ICD)… : *standardisation des pratiques*

Prévention du risque infectieux

- Sources :
  - Recommandations : nationales et internationales
  - Réglementation
  - Circulaire 2012 : (MAS, FAM, EHPAD)
  - Procédures intra-établissement
  - **Propias 2015** (Programme national de la prévention des infections associées aux soins)
  - …

Contexte

- Le Propias fait suite à :
  - Plan stratégique 2009-2013
  - Programme LIN Propin 2009-2013
  - Programme de prévention des IAS ville : avance en parallèle
  - Evaluation HCSP du Propin 2009-2013 : Rapport en 2014

- Il prend en compte :
  - Plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
  - Programme prévention des infections en secteur MS 2011-2013
  - PNSP 2013-2017 notamment son axe 1 : information du patient, co-acteur de sa sécurité, partenariat soignant-soigné ; son axe 2 : déclaration et prise en compte des évènements indésirables associés aux soins et son axe 3 : formation, culture de sécurité, appui.
  - Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale (2012-2017)
  - SNS et réorganisation des vigilances à venir
  - Réorganisation régionale à venir

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Présentation générale du Programme

Fil conducteur: le parcours du patient dans les 3 secteurs.

Trois axes :

ES – EMS /ville

Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de soins, en impliquant les patients et les résidents.

Axe 2 : Renforcer la prévention et la maitrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins.

Pour chaque axe :

- Déclinaison en Thèmes-Objectifs / Actions
- Orientations de recherche
- Algorithme des actions par secteur Hôpital-EMS-Ville
- Répartitions des actions pour chaque objectif par niveau d'action local/régional/national
- Cibles quantitatives en ES et EMS/Ville

Direction générale de l'offre de soins

Axe 2 : Points communs aux 3 secteurs et spécificités

AXE 2

Prévention et maitrise de l'antibiorésistance

Cohérence de la PIAS dans les 3 secteurs : les points communs

- Promotion de l'hygiène des mains et des PS-gestion des *excreta* : Grand public/Patients/Résidents
- Outils de communication transversale via le patient, son dossier, la lettre de liaison, pour BMR-BHRe
- ATB : Formation, information des professionnels, guide de bon usage , outils facilitateurs
- Carnet de vaccination électronique pour tous

ES

Bilan Lin et indicateurs du TdBIN

- BMR : Evaluation des PCC
- Surveillance BN SARM/EBLSE
- Signalement BHRe
- Plan local/régional

- Réduction de la consommation ATB
- Réévaluation systématique J3 et J7
- ICD : signalement des cas groupés

- Vaccination anti-grippale, anti-pneumococcique des patients à risque
- Taux de couverture vaccinale des soignants

EMS

Indicateur de consommation des PHA

- BMR ou BHRe : Information dans le dossier et la fiche de liaison
- Evaluer le risque EBLSE

- Réduction de la consommation ATB
- Réévaluation systématique J3 et J7
- ICD : signalement des cas groupés

- Vaccination anti-grippale, anti-pneumococcique des résidents à risque
- Taux de couverture vaccinale des soignants

Ville

- Indicateur de consommation des PHA
- Charte « qualité » pour l'application des PS en ville

Information BMR ou BHRe dans le dossier patient

- Information, sensibilisation, utilisation des TROD
- Charte « qualité » pour le moindre usage des ATB

Promotion de la vaccination des professionnels et des patients à risque

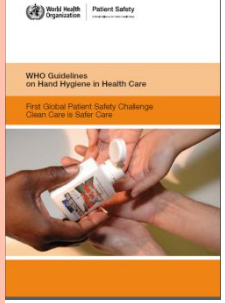
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Axe 2 : cibles quantitatives (ES)

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PHA	% de conformité de l'hygiène des mains ≥ 80% La consommation atteint au moins 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Local Régional/ National		Grephh BilanLin
BMR	% SARM parmi les BN à *S. aureus* ≤ 20% Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20%	National		Raisin
	100% des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes	Local		BilanLin
	Stabilisation de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* à 3 ans Diminution de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE de 20%.	National Local		Raisin
BHRe	Taux d'EPC parmi les bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* ≤ 1%	National		EARS-net
	Taux d'ERV parmi les bactériémies à *Enterococcus faecium* ≤ 1%	National		EARS-net
	Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe ≤ 20% Proportion d'épisodes avec cas secondaires ≤ 10%	Local Régional/ National		CClin/Arlin ARS InVS
	Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100% des ES Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100% des ES	Local		BilanLin
ATB	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés ≤ 10%	Local Régional National		Raisin BilanLin
	Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h ≤ 10%	Local		BilanLin
Vaccins	100% des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé 100% des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle 100% des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Local National Local		BilanLin InVS/Raisin INPES

Axe 2 : cibles quantitatives (EMS/Ville)

Etablissements médicaux-sociaux Secteur des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PS	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard » La consommation de PHA atteint 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National		ARS CClin/Arlin
BMR	100% des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G	Régional National		ARS CClin/Arlin
BHRe	Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour 100% des patients porteurs	Local Régional		ARS CClin/Arlin
ATB	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans	Régional National		ARS, SRVA CNAMTS, ANSM
Vaccins	100% des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B 100% des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Régional		ARS CClin/Arlin



L'hygiène des mains est une recommandation « très forte » pour prévenir la transmission croisée des micro-organismes.

A votre avis quel est le minimum de gestes d'hygiène des mains qui devrait être réalisé (tous professionnels confondus : médecin IDE, AS, kiné…) pour prendre en charge un patient pendant 24 heures en **SSR** ?

1. 25 gestes d'hygiène des mains par 24 heures par patient
2. 10 gestes d'hygiène des mains par 24 heures par
3. 65 gestes d'hygiène des mains par 24 heures par patient
4. **Le nombre de geste dépend de type des patients pris en charge.**
5. Aucune réponse correcte.

CALCUL DES OPPORTUNITÉS D'HYGIÈNE DES MAINS

Pôle de médecine physique et réadaptation (MPR)
Hôpital P. SWYNGHEDAUW

Contexte

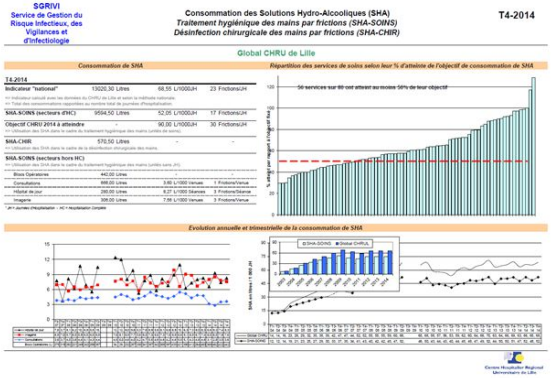
Indicateurs SHA au CHRU de Lille

- Suivi depuis 2004
- Nbre de friction/JH
- Rendu trimestriellement

Secteurs	Cibles
Réanimation	100
Soins intensifs	65
Méd., Chir., Obs.	25
SSR	**25**
SLD	10
Autres : Psy., Consult.	1-4

2013 : Mise en place d'un projet pour la promotion des précautions « Standard et Complémentaires »

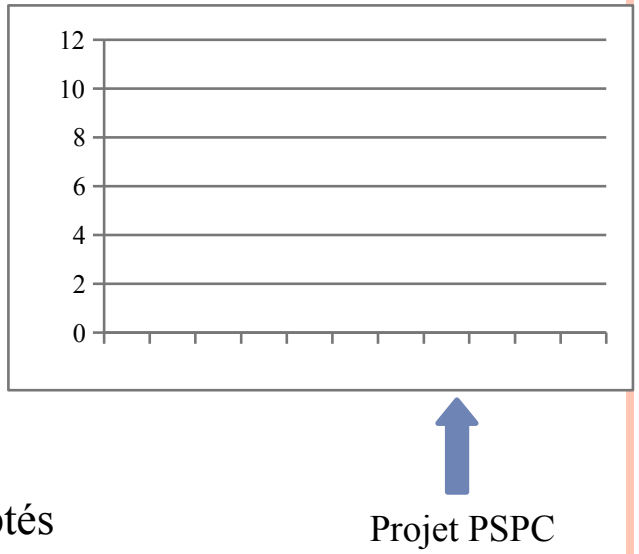
- Formation : taux de formation > 90%
- Audit : Respect de l'hygiène des mains de l'ordre de 90%



Problématique

- Respect de l'hygiène des mains : **90%**
- Progression de l'indicateur SHA modeste :

50% à 57% (2013-14)



- Deux hypothèses:
  1. Biais dans les audits réalisés
  2. Cibles des indicateurs SHA des UF ne sont pas adaptés
  3. Les deux

- Explorer l'hypothèse N°2

  La cible de l'indicateur SHA est-elle adaptée aux activités de tous les secteurs du pôle de Médecine Physique et Réadaptation du CHRU ?

Méthode (I)

- Evaluation des opportunités d'hygiène des mains
  - Approche par enregistrement : grille entrée/opportunité
  - Approche théorique : dossier patient
- Consommation réelle des SHA
  - Détermination du volume de SHA utilisé réellement **dans la chambre** sur 24 heures

Secteurs inclus

Pôle de MPR
126 chambres, 9 unités d'hospitalisations

	EST	OUEST
Etage 2	8020 : Appareil locom. 8033 : Appareil locom.	8729/8034 : Affections Digest. Métabol. Endo.
Etage 1	8010 : AVC	8031 : Affections Neuro. Chroniques
RDC	8001 : Eveil des comas 8000 : Traum. cârniens et anoxie cérébrale	8021 : HPDD

25 gestes / journée d'hospitalisation

Evaluations

1. Approche par enregistrement

- 4 fois 24h pour chaque UF (dont 1 week-end)

2. Approche théorique (dossier-pat)

- activités de soins programmées par catégorie professionnelle par JH
- 16 dossiers patients évalués, 2 par UF

3. Consommation réelle de SHA

Mesure de SHA réellement utilisée sur 2 fois 24h à partir du flacon présent dans la chambre

Chambre : Double ☐ Simple ☐

Evaluation des opportunités d'hygiène des mains

Date : 09/02/2015 **Etablissement** : Hôpital Swynghedauw **CAC** : 8001

N° chambre :	Matin		Après-midi		Nuit	
	Entrée dans la chambre	Nombre d'opportunités d'hygiène des mains devant être faites	Entrée dans la chambre	Nombre d'opportunités d'hygiène des mains devant être faites	Entrée dans la chambre	Nombre d'opportunités d'hygiène des mains devant être faites
Médecin + étudiant						
IDE + étudiant						
AS + étudiant						
Rééducateurs (kiné, ergo…)						
Autres intervenants						

Résultats
1. approche par enregistrement

- Calcul d’opportunité

Résultat global (9 UF)

Nombre de JH incluses (4J) : **484**

Nombre d'entrée/J = **1682**

Nombre d'opportunité/J = **2172**

Moyenne des entrées = **14 /JH**

Moyenne = **18 opportunités/JH**

1,3 opportunités/ entrée

Entrées/ opportunités par professionnel

90% des entrées sont réalisées par les IDE et AS

	Pourcentage des entrées (N = 6728)	Pourcentage des opportunités repérées (N= 8688)
Médecin	5	5
Ide	39	45
As	50	46
Rééducateur	6	4
Autres intervenants	0	0

Approche par enregistrement (3)

Opportunité/Entrée par JH
Par UF

25 opportunités / JH

Résultats approche théorique

- Evaluation sur dossiers

Opportunité/Entrée par JH
Global (9UF)

- 16 dossiers consultés soit 16 JH
- Moyenne des entrées/JH = **11**
- Moyenne des opportunités/JH : **22**

Opportunité/Entrée pour 16 dossiers par profession

86% des entrées sont réalisées par les IDE et AS

	Pourcentage des entrées (N = 183)	Pourcentage des opportunités relevées (N= 357)
Médecin	8	7
Ide	55	52
As	31	35
Rééducateur	6	6
Autres intervenants	0	0

Opportunité/Entrée/JH par UF

25 opportunités / JH

Résultats

- Consommation réelle de SHA par JH

Consommation de SHA réelle /24h

Un geste d'hygiène des mains = 1 opportunité = 3ml de SHA

En moyenne
2795,8 mL de SHA ont été utilisées dans une journée

Moyenne : 17 opportunités/ JH

Discussion

25 opportunités/JH

25 opportunités/JH

Pôle de MPR :
126 chambres, 9 unités d'hospitalisations

Cible/JH		EST	OUEST
15	Etage 2	8020 : Appareil locom. 8033 : Appareil locom.	8729/8034 : Affections Digest. Métabol. Endo. (20-25)
15	Etage 1	8010 : AVC	8031 : Affections Neuro. Chroniques
40	RDC	8001 : Eveil des comas 8000 : Traum. cârniens et anoxie cérébrale	8021 : HPDD

HPDD : 3 opportunités/JH

Conclusion

- Objectif de 25 gestes/JH n'est pas adapté pour tous les secteurs
- Redéfinition d'objectifs individualisés de consommation de la SHA en fonction de l'activité des services
- Mobilisation de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale autour de l'hygiène des mains dans le pôle de Médecine Physique et Réadaptation

Merci de votre attention